

KYSTES OVARIENS ET CŒLIOCHIRURGIE.

Prise en charge des kystes endométriosiques
de l'ovaire

D'après la communication de J.-B. Dubuisson

卵巢囊腫及腹腔鏡手術

疑似卵巢子宮內膜異位囊腫的處置

與J.B. Dubuisson聯繫發表

婦產暨生殖醫學部門, *Cochin*醫院, 巴黎, 法國

RÉSUMÉ

L'échographie endovaginale permet un diagnostic fiable des endométrïomes ovariens dans la plupart des cas. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pourra être demandée si l'on suspecte la présence de lésions profondes associées.

Le traitement de ces endométrïomes est chirurgical (kystectomie) et la voie cœlioscopique doit être préférée chaque fois que c'est possible. Une cytologie péritonéale doit être réalisée avant de débuter la dissection. Après ouverture première du kyste avec aspiration du contenu, la kystectomie (stripping) est réalisée avec clivage de bas en haut. L'ablation de la paroi kystique doit être complète. En effet, le taux de récïdive est plus important quand on réalise un simple drainage et une coagulation par rapport à une kystectomie.

Il est déconseillé de réaliser des kystectomies itératives chez les femmes infertiles, ceci pouvant conduire à une insuffisance ovarienne.

摘要

對於大部份的卵巢子宮異位囊腫而言，陰道內超音波是可信賴的診斷工具，當臨床上懷疑更侵入性的病灶時，核磁共振是進一步的選擇。

在條件允許的情況下，治療卵巢的子宮內膜異位囊腫最好的介入方式是腹腔鏡手術（囊腫切除術）。在分離組織之前，應當先取腹膜液送細胞學檢驗。劃開囊腫之後，應先將內含液體抽吸乾淨，再做囊腫切除術（囊壁剝除），此後步驟的重點在於必須完整把囊腫壁燒灼乾淨。如此一來，囊腫切除術相較於單純的囊腫抽吸術和囊腫燒灼術能達到較低的疾病復發率。

一般來說，不建議對不孕婦女反覆施行囊腫切除術，以免造成卵巢功能不足。

註1:卵巢的子宮內膜異位囊腫即俗稱之巧克力囊腫

SUMMARY: Surgical treatment for endometriomas.

Endovaginal ultrasonography is relevant for the diagnosis of ovarian endometriomas with a good predictive value. Magnetic resonance imaging (MRI) may be recommended if deep endometriosis is suspected.

Operative laparoscopic management is the 'gold standard' for surgical treatment, and medical treatment should not be given before surgery. Peritoneal lavage cytology must be performed before cystectomy. First, the cyst is opened and the endometriotic fluid is aspirated. The stripping technique is performed and after hemostasis, the ovarian cortex is reattached with microsurgical sutures.

Coagulation or laser vaporization of endometriomas without excision of the pseudocapsule seems to be associated with a significant increase in risk of cyst recurrence.

Recurrent ovarian surgery is not recommended in women with infertility, as it might be deleterious for ovarian reserve.

總結：子宮內膜異位囊腫的手術治療

陰道內超音波對於卵巢子宮內膜異位囊腫的診斷有不錯的預測率，當臨床上懷疑較深層的病灶，核磁共振則是進一步的選擇。

腹腔鏡手術是「黃金標準」的外科療法，在手術之前，不應給予任何內科藥物治療。在囊腫切除術開始前，腹膜沖洗及組織學送檢是必要的。首先，切開囊腫並將內含的子宮內膜性積液抽吸乾淨；接著，在止血狀態下執行囊壁剝除術；最後，利用顯微縫合技術使卵巢皮質重新接合。

如果沒有將子宮內膜異位囊腫的偽膜切除，單純的只做燒灼或雷射汽化，有一定程度會增加囊腫復發的風險。

一般來說，不建議反覆地對不孕婦女施行卵巢手術，因為可能有害於卵巢的儲備功能。

INTRODUCTION

On ne peut pas aborder le sujet des endométriomes sans rappeler quelques principes de base de la prise en charge des kystes de l'ovaire.

Ces dernières années ont été marquées par le développement considérable de la coelioscopie opératoire qui, dans certaines indications, est maintenant devenue la technique chirurgicale de référence. Plusieurs séries importantes ont permis de démontrer qu'il est parfaitement possible de traiter, que ce soit de façon conservatrice (kystectomie intra ou transpariétale), ou de façon radicale (ovariectomie ou annexectomie), les kystes organiques bénins de l'ovaire. Le développement de la coelioscopie opératoire soulève le problème du diagnostic de la nature bénigne ou maligne des kystes organiques de l'ovaire. En effet, le traitement chirurgical du cancer de l'ovaire doit être réalisé par laparotomie médiane, la coeliochirurgie étant réservée au traitement des kystes bénins.

L'évaluation préopératoire s'attachera à discuter la conservation ovarienne et la voie d'abord (laparotomie ou coelioscopie).

簡介

在正式討論子宮內膜異位囊腫之前，應該先導入處理卵巢囊腫的原則。

近幾年，腹腔鏡外科方法突飛猛進，現今已成為部分適應症下的標準治療技術。一系列重要的研究已經證實腹腔鏡可用以處理幾乎所有的良性卵巢囊腫，無論是採用保留性（經壁層或壁層內囊腫切除）或根除性（卵巢或輸卵管切除）手術。腹腔鏡的進步使得鑑別良性或惡性囊腫顯得格外重要。如果是惡性卵巢癌，則必須用正中開腹手術，良性腫瘤才能用腹腔鏡處理。

下述針對術前評估的討論將會聚焦在卵巢的保留性手術以及介入的術式（開腹式或腹腔鏡）。

KYSTE DE L'OVAIRE ET CANCER DE L'OVAIRE

Si le diagnostic des endométriomes est en général évident par la confrontation des arguments cliniques et d'imagerie (échographie par voie endovaginale), le premier diagnostic à éliminer devant la découverte d'un kyste de l'ovaire est celui de cancer de l'ovaire.

En présence d'une masse annexielle ovarienne, le risque de cancer est de l'ordre de 0,4 à 1 %.

Lors de laparoscopies réalisées pour kyste de l'ovaire, le risque de retrouver une tumeur maligne est de l'ordre de 0,4 à 0,6 % [1, 2]. Bien entendu, ce risque est moindre chez la femme jeune, surtout quand il s'agit de kystes uniloculaires.

卵巢囊腫及卵巢癌

一般來說，從臨床表現及影像學（陰道內超音波）就足以確認子宮內膜異位囊腫的診斷。最至關重要的是鑑別惡性卵巢癌及良性卵巢囊腫。

一個附屬器腫瘤²是惡性的風險約為0.4%-1%。

因為發現卵巢囊腫而執行腹腔鏡手術發現為惡行腫瘤的風險為0.4%-0.6%[1, 2]。若病人為年輕女性或是囊腫為單室性，則風險更低。

註2: 附屬器腫瘤指長在輸卵管或卵巢或附近結構的腫瘤

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DES ENDOMÉTRIOMES OVARIENS

L'échographie pelvienne avec examen Doppler est l'examen fondamental pour le diagnostic des kystes de l'ovaire.

Un kyste est probablement bénin s'il est uniloculaire, à contours nets et réguliers, sans élément solide, sans végétation, sans cloison et sans ascite

Un kyste contenant un fin piqueté échogène hémorragique est probablement un endométriome.

Les endométriomes adhérentiels de la femme de 40 ans peuvent prendre l'aspect d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Une IRM pourra être demandée si l'on suspecte la présence de lésions profondes associées.

卵巢的子宮內膜異位囊腫的放射線影像 診斷

骨盆都卜勒超音波是診斷卵巢囊腫最重要的檢查。如果一個囊腫是單室性、界線清楚、沒有固體實心成份、沒有乳突狀放射、沒有中隔，也沒有腹水的存在，則很有可能是良性的。如果一個囊腫的超音波影像含有細絲狀的出血徵象，則非常可能是一個子宮內膜異位囊腫。超過40歲的女性，子宮內膜異位囊腫因為附著到周邊構造，可能會看起來像是惡性腫瘤，若臨床懷疑像這樣侵襲性病灶的存在，應當執行核磁共振檢查。

INTERÊT DU DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX

Le dosage des marqueurs tumoraux, en particulier du CA 125, présente un intérêt certain dans le diagnostic et la surveillance de certains kystes ovariens. Le CA 125, libéré dans la circulation dans certains cancers ovariens, est surtout retrouvé dans les adénocarcinomes non mucineux et dans les cancers étendus. Dans les cancers de stade 1, l'excrétion du CA 125 est réduite, et ce, d'autant plus que la capsule n'est pas rompue. Le CA 125 est positif dans moins de 40 % des cancers de stade 1 et dans 15 % des stades 1A et 1B. Pour les adénocarcinomes mucineux, le CA 125 est positif dans seulement 65 % des cancers. Le CA 19,9 (positif si > 40 U/ml) a une sensibilité faible pour les tumeurs épithéliales non mucineuses de l'ovaire. En revanche, dans les cystadénocarcinomes mucineux, il est plus sensible que le CA 125 en étant positif dans 85 % des cas avec une spécificité de 80 %. La spécificité (70 %) du CA 125 est médiocre. Il est en effet élevé dans 20 % des tumeurs pelviennes bénignes et dans 50 % des endométriomes. Si son intérêt est limité chez les patientes non ménopausées, sa valeur prédictive augmente après la ménopause, car la prévalence des tumeurs bénignes diminue alors que celle des cancers augmente.

Chez une femme jeune, devant un CA 125 élevé, il faut penser à une infection ou à une endométriose, avant d'envisager l'hypothèse d'une tumeur maligne.

腫瘤指標

腫瘤指標對於診斷或追蹤特定卵巢囊腫有特別的角色，尤其是CA-125。在某些型態的卵巢癌中，CA-125會被釋放到血液循環中，特別是非黏液性腺癌和廣泛性侵襲癌。

第一期癌症中，尤其在外囊沒有破裂的情況下，CA-125的分泌是減少的。只有少於40%的第一期癌病人血液中偵測得到CA-125陽性，其中第一A期及第一B期癌CA-125陽性率只有15%³。對於黏液性腺癌，CA-125的陽性率只有65%。

對於非黏液性腺癌，CA-199（若大於40 U/mL則為陽性）的敏感度很差。然而，85%黏液性囊腫性腺癌的病人CA-199會呈現陽性，敏感度勝過CA-125，且特異度高達80%，反觀CA-125的特異度則是差強人意的70%。

CA-125在20%的良性骨盆腔腫瘤及50%的子宮內膜異位性囊腫也會上升。雖然腫瘤指標常用在停經前病患，然而它的預測價值在停經後婦女是較高的，因為對於停經後婦女而言，良性腫瘤的盛行率下降，惡性腫瘤的盛行率上升；換句話說，如果一個年輕女性測得上升的CA-125，在考慮惡性腫瘤之前，應先排除良性的感染性疾病或子宮內膜異位症。

註3: 第一期癌 (Stage I) 分為IA, IB, 及IC，其中IC的特色就是外囊破裂。

VOIE D'ABORD CHIRURGICALE POUR LES ENDOMÉTRIOMES

Actuellement, il est très rare de devoir réaliser une laparotomie pour opérer un kyste ovarien endométriosique.

De nombreuses études ont comparé la laparotomie et la laparoscopie pour la prise en charge de ces kystes de l'ovaire. Toutes ces études montrent que la coelioscopie est supérieure à la laparotomie dans cette indication.

La durée opératoire est comparable dans les 2 voies d'abord [3], mais la morbidité postopératoire est moindre après coelioscopie (9 % *versus* 28 %) [3, 4].

子宮內膜異位囊腫的手術治療

近幾年間，為了治療子宮內膜異位囊腫做開腹手術已經極度罕見。為數不少的研究比較過開腹手術及腹腔鏡手術，所有的研究均指出對於這個適應症而言，腹腔鏡介入優於開腹式手術：手術花費時間相近[3]，但術後的共病症低於開腹式手術（9% vs 28%）[3, 4]。

KYSTECTOMIE POUR ENDOMETRIOME : TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les endométrïomes sont fréquemment situés sur la face postéroexterne de l'ovaire avec une adhérence à la fossette ovarienne. Le clivage de l'ovaire de sa fossette (lysis de la fossa ovarica) ouvre souvent le kyste. Une cytologie péritonéale doit être réalisée avant de débiter la dissection. Il faut faire une ouverture première du kyste avec aspiration du contenu qui est adressé pour examen cytologique. La kystectomie (stripping) est réalisée avec clivage de bas en haut. L'ablation doit être complète et le kyste est retiré de l'abdomen grâce à un sac. Après hémostase, on effectue une reconstruction ovarienne avec sutures pour éviter la création d'adhérences et pour faciliter l'hémostase. L'inspection péritonéale recherchera des implants superficiels qui seront détruits par coagulation. En fin d'intervention, il faut faire un lavage-aspiration complet pour prévenir au mieux les adhérences. En cas d'endométrïome très volumineux, le traitement chirurgical peut être réalisé en deux temps. Lors de la première intervention, on réalise une aspiration et une coagulation du kyste. Dans un second temps, après quelques mois de traitement par analogues du Gn-RH, on réalisera la kystectomie. Le taux de récurrence est plus important quand on réalise un simple drainage et une coagulation par rapport à une kystectomie (18 % *versus* 6 %) [5-7]. Toutefois, le taux de récurrence après drainage-coagulation est faible dans certaines équipes [6-9]. Les kystectomies ont été accusées d'amputer la réserve ovarienne. Ceci n'a jamais été établi pour des kystectomies simples réalisées par des chirurgiens expérimentés. D'ailleurs, quand on analyse en histologie les zones de corticale adjacente à la paroi kystique réséquée, on ne retrouve que très rarement des follicules secondaires [10]. En revanche, une insuffisance ovarienne est possible en cas de chirurgie ovarienne mutilante itérative.

針對子宮內膜異位囊腫作囊腫切除術：手術技術

子宮內膜異位囊腫常常位在卵巢後方，依附在卵巢窩上，將卵巢從卵巢窩中分離出來 (lysis de la fossa ovarica) 往往能鬆動囊腫。再切開囊腫之前，應先取得腹膜細胞學檢體。打開第一個囊腫後應將內容物抽吸乾淨並同樣送細胞學檢驗，然後須完整施行囊腫切除術 (剝除術)，囊腫完全燒灼脫落後利用標本袋將囊腫從腹腔移除。待控制好出血狀況後，需要以縫合技術重建卵巢以免未來沾黏，同時也幫助止血。接下來，視察整個腹膜是否有其他子宮內膜異位的病灶一併燒灼乾淨。最後，應徹底的沖洗腹腔以預防沾黏。

如果要處理的囊腫尺寸較大，外科治療可分為兩個階段，第一階段是囊腫抽吸及止血，第二階段是先對病人投予促性腺素釋放素幾個月後，再進行完整的囊腫切除術。

相較於完整的囊腫切除術，單純抽吸和燒灼有較高的疾病復發率(18% vs 6%) [5-7]。然而，某些團隊的抽吸-燒灼術後疾病復發率也是低的 [6-9]。

執行囊腫切除術會有減損卵巢儲備功能的疑慮。然而，臨床研究外科醫師實行單純囊腫切除從未建立這樣的理論況且，針對囊腫壁周圍被切除的卵巢皮質做組織學檢查，鮮少發現次級濾泡[10]。不過話說回來，反覆的因手術破壞卵巢仍然有可能造成卵巢功能不足。

註4: lysis de la fossa ovarica為卵巢窩分離，fossa ovarica是卵巢窩的拉丁學名。

CONCLUSION

Le traitement de référence des endométriomes est la kystectomie par cœlioscopie.

L'ablation de la paroi kystique doit être complète pour minimiser le risque de récurrence.

L'ovaire doit être suturé en fin d'intervention pour éviter les adhérences et une mauvaise cicatrisation en bivalve.

Le traitement des endométriomes permet, non seulement d'améliorer la symptomatologie douloureuse, mais aussi de rétablir de bonnes chances de grossesse spontanée.

En cas de récurrence, les chirurgies ovariennes mutilantes itératives sont à proscrire, surtout en cas d'infertilité.

結論

針對子宮內膜異位囊腫的標準治療是腹腔鏡囊腫切除術。對囊腫壁的燒灼需完整好讓復發率降到最低。在手術最後須縫合卵巢以避免沾黏或嚴重疤痕反應。治療子宮內膜異位囊腫不但減少了疼痛症狀，更增加了自發性受孕的機會。萬一復發的狀況真的發生，宜避免反覆的卵巢破壞，尤其是不孕症的病人。